

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

SİGORTA ETTİREN FİRMA ADI	GN.MD.BULUNDUĞU İL	VERGİ KİMLİK NO	SEÇİLEN PLAN/PROGRAM	KATEGORİ
.....

SAĞLIK SİGORTA KAPSAMINA ALINACAK PERSONEL BİLGİSİ

POLİÇE BAŞLANGIÇ TARİHİ	SİCİL NO	İŞE GİRİŞ TARİHİ	GÖREVİ	CİNSİYETİ	DOĞUM TARİHİ	BOY (cm)	KİLO (cm)	MEDENİ HALİ
...../...../...../...../.....	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E/...../.....	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> B
ADI SOYADI	ADRESİ	.....	.....	.....	.....	.....	.....
EV / İŞ TELEFONU
GSM	E-POSTA	.....@.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	T.C. KİMLİK NO	.....	.....	.....	.....	.....	.....

RİSK ANALİZİ*

TAZMİNAT ÖDEMELERİ İÇİN

BANKA ADI	ŞUBE ADI	HESAP ADI, SOYADI	IBAN NO
.....

SAĞLIK SİGORTA KAPSAMINA ALINACAK AİLE BİLGİLERİ

YAKINLIK DERECESESİ	CİNSİYETİ	DOĞUM TARİHİ	BOY (cm)	KİLO (cm)	MEDENİ HALİ
EŞ	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E/...../.....	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> B
ADI SOYADI	.....	GSM	.....	.....	.....
EV / İŞ TELEFONU	.....	E-POSTA	.....@.....	.....	.....
.....	.....	T.C. KİMLİK NO	.....	.....	.....

RİSK ANALİZİ*

YAKINLIK DERECESESİ	CİNSİYETİ	DOĞUM TARİHİ	BOY (cm)	KİLO (cm)	MEDENİ HALİ
1. ÇOCUK	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E/...../.....	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> B
ADI SOYADI	.....	GSM	.....	.....	.....
EV / İŞ TELEFONU	.....	E-POSTA	.....@.....	.....	.....
.....	.....	T.C. KİMLİK NO	.....	.....	.....

RİSK ANALİZİ*

YAKINLIK DERECESESİ	CİNSİYETİ	DOĞUM TARİHİ	BOY (cm)	KİLO (cm)	MEDENİ HALİ
2. ÇOCUK	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E/...../.....	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> B
ADI SOYADI	.....	GSM	.....	.....	.....
EV / İŞ TELEFONU	.....	E-POSTA	.....@.....	.....	.....
.....	.....	T.C. KİMLİK NO	.....	.....	.....

RİSK ANALİZİ*

YAKINLIK DERECESESİ	CİNSİYETİ	DOĞUM TARİHİ	BOY (cm)	KİLO (cm)	MEDENİ HALİ
3. ÇOCUK	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E/...../.....	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> B
ADI SOYADI	.....	GSM	.....	.....	.....
EV / İŞ TELEFONU	.....	E-POSTA	.....@.....	.....	.....
.....	.....	T.C. KİMLİK NO	.....	.....	.....

RİSK ANALİZİ*

*Risk analizi bölümleri MAPFRE SİGORTA A.Ş. tarafından doldurulacaktır.

Lütfen arka sayfayı da eksiksiz olarak doldurunuz.

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

Başvuru Formu'nun aşağıdaki soruları kendisi ve kanunen bakmakla yükümlü olduğu ve, "Sigorta Bünyesine Katılacak Kişiler" başlığı altında bilgilerini verdiği kişiler adına doldurmasını ve EVET yanıtları ile ilgili bilgileri aşağıdaki ilgili bölümlere yazılmasını varsa mevcut raporların eklenmesini rica ederiz. Aşağıdaki sorulara ne kadar ayrıntılı ve doğru yanıt verirseniz sigorta sistemimiz o kadar doğru işleyecektir. Yanlış veya eksiksiz beyan, tazminat talebinizin reddine sebep olacaktır. Başvuru Formu'nda işaretlenmeyen soruların "HAYIR" olarak işleme alınmasını kabul ediyorum.

Aşağıda belirtilen hastalıklarla ilgili siz ve sigorta bünyesine katılacak aile bireylerinizin bugüne kadar şikayeti / teşhisi / rahatsızlığı / tedavisi oldu mu ?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1- Hipertansiyon | <input type="checkbox"/> 12- Kan Hastalıkları | <input type="checkbox"/> 23- Romatizmal Hastalıklar |
| <input type="checkbox"/> 2- Lipid Metabolizma Bozukluğu (Kolesterol) | <input type="checkbox"/> 13- Sinir Sistemi, Beyin / Beyin Damar Hastalıkları | <input type="checkbox"/> 24- Anorektal Hastalıklar (Hemoroid, Anal Fissür, Anal Fistül vb.), Kolon Polipi |
| <input type="checkbox"/> 3- Kalp / Kalp Damar Hastalıkları | <input type="checkbox"/> 14- Akciğer ve Diğer Solunum Sistemi Hastalıkları | <input type="checkbox"/> 25- Varis |
| <input type="checkbox"/> 4- Diğer Damar Hastalıkları | <input type="checkbox"/> 15- Kafa Sinüs, Burun Hastalıkları | <input type="checkbox"/> 26- Doğumsal, Kalıtsal Hastalıklar |
| <input type="checkbox"/> 5- Şeker (Diabet) Hastalığı, İnsülin Direnci | <input type="checkbox"/> 16- Mide, Yemek Borusu, Duodenum, Bağırsak Hastalıkları | <input type="checkbox"/> 27- Deri ve Lenf Bezi Hastalıkları |
| <input type="checkbox"/> 6- İyi Huylu Kist / Kitle, Tümör | <input type="checkbox"/> 17- Karaciğer (Viral Hepatitler A,B,C,D Dahil) , Safra, Dalak, Pankreas Hastalıkları | <input type="checkbox"/> 28- Multipl Skleroz |
| <input type="checkbox"/> 7- Her Türlü Kanser, Kötü Huylu Kitle / Tümör | <input type="checkbox"/> 18- Rahim ve Yumurtalık Hastalıkları | <input type="checkbox"/> 29- Sara (Epilepsi ve Konvülsiyon) |
| <input type="checkbox"/> 8- Omurga ve Eklem Hastalıkları (Bel, Boyun, Diz, Kalça vb.) | <input type="checkbox"/> 19- Prostat, Testis Hastalıkları | <input type="checkbox"/> 30- Göz Hastalıkları |
| <input type="checkbox"/> 9- Kas, Kemik Hastalıkları (Kırık, Çıkık Dahil) | <input type="checkbox"/> 20- Meme Hastalıkları | <input type="checkbox"/> 31- Kulak Hastalıkları, İşitme Kaybı |
| <input type="checkbox"/> 10- Endokrin Sistem Hastalıkları (Hormon Bozuklukları vb.) | <input type="checkbox"/> 21- Psikiyatrik Hastalıklar | <input type="checkbox"/> 32- Büyüme Gelişme Geriliği |
| <input type="checkbox"/> 11- Tiroid ve Paratiroid Hastalıkları | <input type="checkbox"/> 22- Her Türlü Fitik (Kasık, Göbek, Mide vb.) | <input type="checkbox"/> 33- Üriner Sistem Hastalıkları |
| | | <input type="checkbox"/> 34- Diğer |

1. Lütfen yukarıda işaretlediğiniz hastalıkların ilgili hastalık numarasını ve sigortalı adı soyadını belirterek aşağıdaki bilgileri doldurunuz. İşaretlediğiniz ve / veya diğer başlığı altında yer alan hastalıklar ile ilgili siz ve/veya sigorta bünyesine katılacak aile bireylerinizin, tıbbi takibi / tedavisi devam eden / tedavisi devam etmeyen / şikayeti / teşhisi / rahatsızlığı / sakatlığı var mı? (Doktora gidilmemiş olsa dahi beyan edilmelidir.) Evet Hayır

Sigortalı Adı Soyadı	Hastalık No	Hastalık Adı	Tanı Tarihi	Kullanılan İlaç	Takip / Tedavi Yöntemi	Tedavi Uygulanan Sağlık Kuruluşu / Doktor
.....
.....
.....
.....

2. Siz ve/veya sigortalanacak aile bireylerinizden herhangi biri için özel bir tetkik yapıldı mı ? (BT, MR, PET TARAMA, SİNTİGRAFI vb. yapıldı ise lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız ve tetkik sonucunu iletiniz.)

Sigortalı Adı Soyadı	Tetkik Adı	Tetkik Tarihi	Sağlık Kuruluşu / Doktor	Biopsi Alındı mı?	Sonuç
.....
.....
.....
.....

3. Siz ve/veya sigortalanacak aile bireyleriniz tehlikeli spor veya tehlikeli faaliyetlerde bulunuyor musunuz? (Motor ve otomobil, dalış, dağcılık, kayak, yamaç paraşütü vb. sporlar veya spor amaçlı olmasa dahi benzer faaliyetler) Evet Hayır

Sigortalı Adı Soyadı	Yapılan Faaliyetler	Başladığı Tarih	Profesyonel	Amatör	Hobi
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Şu anda hamile misiniz? Evet aylık hamileyim Hayır, hamile değilim

5. Başka bir sigorta şirketi tarafından düzenlenen sağlık sigortası poliçeniz var mı? Evet Hayır

Cevabınız evet ise; yenileme yapılmak suretiyle devam eden sağlık sigorta poliçenizden önceki tüm sigortalara ilişkin; özel şart, ilk giriş tarihi ve bitiş tarihi (gün, ay, yıl) belirterek aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

Sigortalı Adayı Adı Soyadı	Bir Önceki Sigorta Şirket Adı	Poliçe No/Kart No	İlk Giriş	Bitiş Tarihi
Fert				
Eş				
Çocuk				

Ben aşağıdaki imza sahibi; bu giriş formu nedeniyle MAPFRE SİGORTA A.Ş.'nin herhangi bir taahhüt altına girmediğini, sağlık sigortası teminatlarına kabul edilip edilmememi etkileyecek MAPFRE SİGORTA A.Ş.'nin bilmesi gereken herhangi bir hususu gizlemediğimi, yanlış veya eksik beyanda bulunmadığımı, aksi takdirde ortaya çıkabilecek anlaşmazlıklarda sigorta şirketinin herhangi bir sorumluluk altına girmeyeceğini, bu Başvuru Formu'nda belirtilen kişiler için tüm hususlar hakkında doktor, sağlık kurumları, diğer sigorta şirketleri, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SAGMER) ve diğer ilgililerden bilgi alma konusunda MAPFRE SİGORTA A.Ş.'nin yetkili kıldığımı, beyan, kabul ve tasdik ederim. Bu Başvuru Formu ile birlikte verilen bilgilendirme formunda belirtilen sigorta şartlarını kabul ettiğimi beyan ederim.

PERSONEL / BAĞIMLI
Adı Soyadı / Tarih / İmza

ACENTE
Acente Adı / Tarih / Yetkili İmzaları / Kaşe